

Zbigniew Jabłoński

OPTYMALNE PODEJŚCIE W LECZENIU PSYCHOGENNYCH DYSFUNKCJI SEKSUALNYCH

THE OPTIMAL APPROACH IN THE THERAPY OF PSYCHOGENIC SEXUAL DYSFUNCTION

Zakład Psychoterapii Katedry Psychoterapii Collegium Medicum UJ

Kierownik: prof. dr hab. med. J. W. Aleksandrowicz

**psychogenic sexual
dysfunctions**

W poniższym artykule autor opisuje najczęściej spotykane w praktyce dysfunkcje seksualne, ilustrując je poszczególnymi opisami przypadków. Prezentuje przy tym holistyczne podejście, proponując poszczególne oddziaływania dopasowane do szczegółowej diagnozy dysfunkcji i jej kontekstu w systemie.

Summary: The author discusses different methods of treatment of psychogenic sexual dysfunctions. He states that because of sexuologist's patient specifics, choosing the optimal mode of treatment may be related to some difficulties. Some patients' expectations, requests of fast and impressive improvement may be conflicted with the necessity of diagnostic testing and the necessity of choosing optimal treatment for the particular disorder and its context of appearance. The author describes chosen cases and pays attention to the gains resulting from flexible actions of therapist and skilful combinations of the different treatment methods. He underlines the virtues of causal treatment of psychogenic sexual dysfunctions both in couple therapy and in individual psychotherapy.

Psychogenne dysfunkcje seksualne to zaburzenia reakcji seksualnych, nie spowodowane zmianami organicznymi lub chorobą somatyczną, lecz przyczynami emocjonalnymi. W klasyfikacji chorób ICD-10 zaliczono do tego typu zaburzeń między innymi oziębłość płciową, awersję seksualną, brak reakcji genitalnej, zaburzenia orgazmu i ejakulacji, pochwicę nieorganiczną [1].

Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych można prowadzić różnymi metodami: zwykle stosuje się farmakoterapię, psychoterapię indywidualną, partnerską oraz grupową, z uwzględnieniem treningu behawioralnego, relaksacji i hipnozy [2, 3, 4]. W zasadzie każda z tych metod wiąże się z oddziaływaniem psychoterapeutycznym. Wykorzystuje się ponadto techniki operacyjne, polegające na wszczepianiu implantów — protez prącia, co może mieć zastosowanie w impotencji psychogennej o długotrwałym przebiegu i nie poddającej się leczeniu innymi sposobami. Dobór optymalnej procedury leczenia bywa niekiedy poważnie utrudniony. Wiąże się to ze specyfiką pacjenta seksuologicznego, zwłaszcza w zakresie jego motywacji do udziału w proponowanej mu terapii, nie zawsze

zgodnej z jego oczekiwaniami. I tak, niektórzy pacjenci domagają się natychmiastowego przepisania im leku (dotyczy to zwłaszcza mężczyzn) i z dużym niezadowoleniem przyjmują informację o konieczności przeprowadzenia badań diagnostycznych, pozwalających na postawienie rzetelnego rozpoznania i dobranie optymalnego sposobu leczenia. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy mają w planie szybkie podjęcie kontaktów seksualnych bądź zgłosili się do seksuologa pod naciskiem partnerek, krytycznie oceniających ich sprawność i domagających się natychmiastowej poprawy. Racjonalna argumentacja terapeuty przynosi niekiedy pozytywny efekt w postaci zgody pacjenta na przeprowadzenie procedury diagnostycznej i ustawienie odpowiedniego leczenia, nie jest to jednak regułą. Zdarza się, że pacjentowi nie odpowiada proponowane przez seksuologa postępowanie diagnostyczne lub terapeutyczne i rezygnuje z jego usług.

W ostatnich latach zauważa się jednak korzystną zmianę w omawianym podejściu pacjentów, w porównaniu choćby z latami 70. czy 80. Coraz częściej w gabinetach seksuologicznych pojawiają się na pierwszej wizycie pary, traktujące występującą u któregoś z partnerów dysfunkcję seksualną jako problem odnoszący się do całego układu partnerskiego i wymagający wspólnego udziału w terapii. Zauważa się też dostrzeganie przez pacjentów związku między ich czynnościowymi zaburzeniami seksualnymi a występującymi u nich problemami psychologicznymi czy konfliktami w małżeństwie. Niektórzy z nich wręcz domagają się leczenia psychoterapią (także w ramach terapii małżeńskiej), zaznaczając, że chcieliby uniknąć leczenia farmakologicznego, w tym doraźnych oddziaływań nacelowanych na zniesienie objawów z pominięciem usunięcia przyczyn dysfunkcji. Postawa taka ułatwia diagnozowanie pacjentów seksuologicznych oraz sprzyja ustaleniu optymalnej metody leczenia.

Wybór sposobu usuwania u pacjentów dysfunkcji seksualnych zależy od charakteru danego zaburzenia oraz okoliczności jego występowania. I tak, niepełna erekcja, przedwczesna ejakulacja, brak orgazmu lub pochwica mogą być skutkiem krótkotrwałej reakcji nerwicznej albo stanowić jeden z objawów zespołu zaburzeń nerwicznych.

Występująca w życiu intymnym reakcja nerwiczna przejawia się w przejściowym zaburzeniu czynności seksualnych, powstającym na skutek stresowej sytuacji i podjęcia współżycia seksualnego w warunkach utrudniających lub uniemożliwiających prawidłowy przebieg funkcji seksualnych. Występuje wtedy objaw (np. cofnięcie się wzrodu) i reakcja na ten objaw (np. wstyd, złość, zaskoczenie) [4]. Stresową sytuację może stwarzać tzw. współżycie zadaniowe, gdy np. mężczyźni bardzo zależy na wykazaniu się sprawnością i wydolnością seksualną, zwłaszcza gdy wie, iż podczas poprzedniego zbliżenia płciowego był niesprawny seksualnie. Okoliczności towarzyszące współżyciu również mogą skutecznie zaburzać jego przebieg. Częste przyczyny czynnościowych zaburzeń seksualnych to nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, zakłócające intymność zbliżeń, obawa przed ciążą, strach przed zarażeniem się chorobą przenoszoną drogą płciową, nadużycie alkoholu, nieporadność prowadzenia gry wstępnej przez partnera, jego niedostateczna higiena osobista itp. Pomoc seksuologiczna w powyższych przypadkach może okazać się wystarczająco skuteczna już po jednej wizycie pacjenta i to bez stosowania leków lub regularnej psychoterapii. Polegać ona może na wyjaśnieniu pacjentowi sytuacyjnych powodów wystąpienia danej dysfunkcji oraz udzieleniu mu instrukcji, ułatwiającej skorygowanie warunków albo techniki współżycia seksualnego.

Przypadek 1: Pacjent l. 24, kawaler, wykształcenie zawodowe, podjął pięć kolejnych, nieudanych z powodu niepełnej erekcji, prób stosunków płciowych z partnerką, którą znał od kilku miesięcy i z którą wcześniej nie współżył. Próby te miały miejsce w jego samochodzie i w okolicznościach nie dających parze poczucia bezpieczeństwa. Wcześniej nie miał nigdy zaburzeń seksualnych. Na wizytę zgłosił się sam, ale za radą partnerki. Zebrany wywiad seksuologiczny wskazywał na czynnościowe, uwarunkowane sytuacyjnie tło zaburzeń wzwodu oraz na równoczesny brak pełnego zespołu gotowości płciowej u partnerki. Zalecono zmianę warunków zewnętrznych zbliżeń oraz zaniechanie na czas do następnej wizyty prób stosunków płciowych, a w zamian podejmowanie pettingu. Na kolejnej wizycie pacjent poinformował o zrealizowaniu powyższego zalecenia oraz o pojawieniu się u niego pełnej erekcji i występowaniu prawidłowej reakcji genitalnej u partnerki. Następnie para podjęła udane stosunki płciowe i po miesiącu regularnego współżycia potwierdziła ustąpienie zaburzeń.

W opisanym przypadku nie zastosowano żadnego środka farmakologicznego, niekiedy jednak w podobnej sytuacji warto rozważyć przepisanie pacjentowi leku doraźnie ułatwiającego erekcję. Może to zapobiec powtórzeniu się dysfunkcji erekcyjnej, zwłaszcza gdy uprzednio pacjent zareagował paniką z powodu swojej niesprawności i jest przekonany, że w efekcie jednorazowego, farmakologicznego wywołania wzwodu pozbędzie się poczucia niemożności odbycia stosunku płciowego. Obserwowano pozytywne efekty takiego postępowania terapeutycznego.

Do okoliczności utrudniających przebieg prawidłowych reakcji seksualnych należy także długotrwała abstynencja płciowa. Wznowieniu współżycia seksualnego może wtedy towarzyszyć wysoka pobudliwość seksualna, przejawiająca się między innymi zbyt szybką ejakulacją, mającą charakter „psychofizjologiczny”, a więc nie będącą objawem choroby. Istnieje przy tym prawdopodobieństwo utrzymywania się przyspieszonego wytrysku, jeśli współżycie seksualne nadal będzie miało charakter epizodyczny. Obserwowano w takich wypadkach pozytywne efekty doraźnego zastosowania tiorydazyny (25 mg na 1 godz. przed stosunkiem) lub chloprotyksenu (2 tabl. na 1–2 godz. przed współżyciem), ewentualnie maści na żołądź członka o działaniu anestetycznym, np. 2 proc. maści ksylokainowej [4]. Zdarza się jednak, że maści te obniżają erekcję członka, a u niektórych kobiet mogą upośledzać reaktywność seksualną pochwy, utrudniając osiągnięcie orgazmu.

W przypadku dysfunkcji seksualnych występujących w stałym układzie partnerskim leczenie można prowadzić z zastosowaniem metod treningowych, opartych na realizowanych przez parę technikach behawioralnych. Są one wyczerpująco opisane w fachowym piśmiennictwie seksuologicznym [2, 3, 4]. Metody treningowe (zwane też treningami czynnościowymi, terapią behawioralną) nacelowane są na usunięcie objawu (np. zbyt wczesnej ejakulacji, braku orgazmu, pochwicy), co wzbudza czasem zastrzeżenia innych szkół psychoterapeutycznych. Szczególnie pomocna w usuwaniu seksualnych reakcji lękowych oraz wysokiego napięcia wewnętrznego jest metoda systematycznej desensybilizacji (łącząca relaksację z odpowiednio dobranymi bodźcami antagonistycznymi wobec lęku). Według Lwa Starowicza [4], okazuje się ona wysoce przydatna w zaburzeniach seksualnych na tle lękowym (np. związanych z inicjacją seksualną), w impotencji pierwotnej, dyspareunii, anorgazmii pierwotnej oraz pochwicy. Stosowanie omawianych metod nie zawsze jest jednak możliwe lub napotyka różne trudności. Np. skuteczna desensybilizacja wymaga przeprowadzenia około 15–30 seansów terapeutycznych, które nie powinny być przedzie-

lone przerwami dłuższymi niż 3 dni, a nie każdy pacjent może sobie na to pozwolić. Inne techniki treningowe (jak np. stop—start) wymagają nie tylko stałego partnera seksualnego, ale i jego gotowości do współpracy (treningi są zwykle realizowane przez parę). Może to być niewykonalne w przypadku głęboko konfliktowych układów partnerskich. Opisywane leczenie łączy się również z koniecznością posiadania odpowiednich warunków mieszkaniowych, zapewniających parze pełną intymność, oraz wymaga regularnego dysponowania przez parę wolnym czasem (pośpiech może uniemożliwić uzyskanie pożądanych efektów leczenia). Mimo tych ograniczeń zastosowanie metod treningowych przynosi zwykle dobre efekty lecznicze.

Przypadek 2: Małżeństwo — kobieta l. 30, mężczyzna l. 33; oboje wykształcenie wyższe. Wznowili regularne współżycie seksualne po kilkumiesięcznej przerwie spowodowanej służbowym wyjazdem zagranicznym małżonki. Podczas stosunków płciowych pojawiła się zbyt wczesna ejakulacja (po kilkudziesięciu sekundach od rozpoczęcia stosunku), co stało się powodem skarg żony na niemożność osiągnięcia orgazmu (uprzednio stosunki płciowe trwały około pięciu minut i partnerka zwykle osiągała szczytowanie). Napięta atmosfera w związku małżeńskim spowodowała odnowienie się konfliktów dotyczących posiadania dziecka (mąż, w przeciwieństwie do żony, pragnął potomstwa) oraz posądzania żony o niewierność. Po kilku tygodniach utrzymywania się zaburzeń ejakulacji para zgłosiła do terapii; kontrakt obejmował behawioralne leczenie dysfunkcji seksualnej oraz równolegle prowadzoną na cotygodniowych sesjach psychoterapię małżeńską, dotyczącą sfer konfliktowych. Terapię behawioralną zaburzeń wytrysku oparto na metodzie stop—start, którą małżonkowie prawie codziennie realizowali w domu. W jej wyniku zbyt wczesna ejakulacja ustąpiła po paru tygodniach, a czas trwania stosunku był nawet dłuższy niż przed wystąpieniem dysfunkcji. Spowodowało to zupełny spadek motywacji pary do kontynuowania psychoterapii małżeńskiej. Małżonkowie oznajmili terapeutę, że główny cel terapii został już osiągnięty, a konflikty postarają się rozwiązać we własnym zakresie, zwłaszcza że sprzyja temu aktualnie dobra atmosfera w związku, wynikająca z satysfakcjonujących parę zbliżeń. Nasuwać się może pytanie, czy w omawianym przypadku należało natychmiast zastosować trening usprawniający seksualnie, skoro jego pozytywne skutki spowodowały wycofanie się pary z psychoterapii, ale trudno byłoby udzielić odpowiedzi przeczącej.

Jak już wspomniano, reakcja nerwicowa bywa zwykle przejściowa, krótkotrwała. Pojawia się najczęściej w kilku kontaktach seksualnych, chociaż u niektórych osób może występować cyklicznie i być przedzielona okresami sprawnego życia seksualnego. Niekiedy w ogóle nie występuje w danym układzie partnerskim, ale ujawnia się przy każdej próbie zdrady współpartnera.

Szczególną postacią seksualnej reakcji nerwicowej jest ostry stan lękowy, będący skutkiem paniki, doznanej w wyniku pojawienia się dysfunkcji podczas współżycia płciowego. Kolejne nieudane i połączone z lękiem próby kontaktów seksualnych, narastanie urazowych przeżyć w sferze życia intymnego mogą być przyczyną dezintegracji neurotycznej i pojawienia się nerwicy seksualnej. Termin ten — często używany w piśmiennictwie seksuologicznym — jest jednak dość dyskusyjny, gdyż nasilone i przewlekłe dysfunkcje seksualne są z reguły jednym z elementów zespołu zaburzeń nerwicowych, a nie wyizolowaną i odnoszącą się wyłącznie do zachowania seksualnego dolegliwością.

Utrzymującym się zaburzeniom seksualnym towarzyszą bowiem „objawy osiowe” — lęk, niepokój, obniżenie nastroju, a ponadto przeżywanie frustracji, niska samoocena, trudności w relacjach społecznych. Psychogenne dysfunkcje seksualne, nie mające charakteru „psychofizjologicznego” ani nie będące krótkotrwałą reakcją nerwicową, należy zaliczyć więc do grupy symptomów zespołu nerwicowego. Oznacza to podjęcie typowych dla leczenia nerwic oddziaływań terapeutycznych. Jeśli leczenie ukierunkowane będzie wyłącznie na zmniejszenie dolegliwości pacjenta, można — jak wiadomo — zastosować farmakoterapię i /lub terapię objawową. Z leków będą to głównie anksjolityki i trankwilizatory, działające uspokajająco i obniżające napięcie wewnętrzne. Stosowanie tych środków wiąże się jednak z niebezpieczeństwem uzależnienia pacjenta, a przy długotrwałym zażywaniu z możliwością intoksykacji. Stosowana niekiedy w leczeniu pacjentów seksuologicznych kuracja hormonalna może mieć z kolei skutek destabilizujący, więc nie powinno się jej zalecać zbyt pochopnie. Nowoczesnymi środkami farmakologicznymi używanymi ostatnio w seksuologii, w tym także w przypadku psychogennych dysfunkcji seksualnych, są iniekcje z prostaglandyny PGE_1 podawane do ciał jamistych prącia [5] oraz, stosowany doustnie, cytrynian sildenafilu — czyli viagra. Oba te środki stanowią przełom w farmakologicznym objawowym usuwaniu zaburzeń erekcji, używane też bywają pomocniczo w zaburzeniach ejakulacji. Także i przy ich zastosowaniu konieczne jest wzięcie pod uwagę skutków ubocznych i przeciwwskazań medycznych.

Objawowe oddziaływania psychologiczne również mogą zmniejszyć dolegliwości pacjenta z dysfunkcjami seksualnymi, jednak nie usuną przyczyn zaburzeń nerwicowych. Uczynić to może jedynie psychoterapia, zwłaszcza ujmowana integracyjnie, dopasowana do konkretnych problemów pacjenta [1, 6]. Np. w przypadku dysfunkcji seksualnej, łączącej się z przeżywaniem przez pacjenta głębokiego poczucia winy z powodu pragnień erotycznych, celowe wydaje się skorzystanie z podejścia psychodynamicznego. Gdy jednak zaburzenia płciowe wynikają z błędnego przekonania o dewiacyjności własnych zachowań czy fantazji seksualnych, przydatne może być podejście poznawcze, w celu przekształcenia nieprawidłowych schematów poznawczych.

Przypadek 3: W trakcie psychodynamicznej psychoterapii pacjentki l. 19, panny, z wykształceniem średnim, cierpiącej na zaburzenia somatyzacyjne, podjęto pracę nad problemami związanymi z popędem. Okazało się, że pozostając od roku w stałym układzie partnerskim, zarówno podczas pettingu, jak i w czasie stosunków płciowych, przeżywała orgazm, jednak nie była do niego zdolna podczas zbliżeń oralno-genitalnych. Dochodziło do nich z inicjatywy partnera (l. 23, wykształcenie średnie); pacjentka godziła się na nie z ambiwalentnymi odczuciami — pragnęła takich zbliżeń, ale równocześnie była przekonana o ich dewiacyjności. W trakcie praktyk oralno-genitalnych odczuwała więc spory dyskomfort psychiczny, któremu towarzyszył spadek podniecenia seksualnego; eliminowało to możliwość osiągnięcia przez nią szczytowania. W tej sytuacji podjęto oddziaływania psychoterapeutyczne mające na celu doprowadzenie do zmiany przez nią błędnego przekonania o nieprawidłowości zachowań oralno-genitalnych. Zmiana nieprawidłowego konstruktów poznawczego pacjentki powiodła się. W dalszej części terapii sygnalizowała ona osiąganie orgazmu podczas zbliżeń oralno-genitalnych, które zresztą były tylko jedną z form aktywności seksualnej pary. Uzyskany efekt terapeutyczny niewątpliwie wiązał się ze zmodyfikowaniem błędnego schematu poznawczego.

Elastyczność postępowania terapeuty pozwala także skutecznie łączyć — gdy jest to

wskazane — psychoterapię z seksuologicznymi metodami treningowymi lub/i z farmakoterapią. Szczególnie może się to okazać przydatne w psychoterapii układu partnerskiego (w tym małżeńskiej). W przypadku istniejących w takich związkach długotrwałych konfliktów i sytuacji kryzysowych, psychoterapia staje się z reguły metodą pierwszoplanową i niezastąpioną. Tak więc gotowość do umiejętnego łączenia różnych metod leczniczych może przynieść wyłącznie korzyść — i to nie tylko w przypadku terapii psychogennych dysfunkcji seksualnych.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J.W. Zaburzenia nerwicowe. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10). Kraków: Collegium Medium UJ; 1997.
2. Bilikiewicz T, Imieliński K, red. Seksuologia kliniczna. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1974.
3. Imieliński K. Zarys seksuologii i seksiatrii. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1982.
4. Lew Starowicz Z. Leczenie nerwic seksualnych. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1991.
5. Godlewski J. Erekcja. Bodziec — efektor — zaburzenia — terapia. Seksuol. 1993; 6: 9–17.
6. Czabała J. Cz. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ
ul. Lenartowicza 14
31-138 Kraków